

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 60

L'APPENDICITE

CHEZ L'ENFANT

Ses formes cliniques, son diagnostic
et son traitement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Le 27 Juillet 1914

PAR

Zachary KAMENETZKY

Né à Lida (Russie), le 15 août 1869



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1914

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 60

L'APPENDICITE

CHEZ L'ENFANT

Ses formes cliniques, son diagnostic
et son traitement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 27 Juillet 1914

PAR

Zachary KAMENETZKY

Né à Lida (Russie), le 15 août 1869



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLIGARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BÉRARD, Président ; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. LERICHE et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES AMIS

A la mémoire de notre vénéré Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

A notre Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

Chirurgien des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

On doit estimer son ami chez
qui on a appris un chapitre,
une phrase, même une lettre.
(Maxime hébraïque.)

C'est donc notre devoir sacré de remercier à cette place tous ceux qui ont bien voulu nous enseigner et guider dans les Facultés, dans les cliniques et laboratoires et dans les services hospitaliers.

Un remerciement cordial à notre maître et ami M. le Docteur Vignard. Nous garderons le souvenir de sa bonté.

Nous prions M. le Professeur Bérard d'agréer l'expression de notre très sincère gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons pas non plus l'Association Républicaine pour favoriser les études médicales. C'est là que nous avons passé les meilleures heures d'études et de réflexions.

La mort est venue ravir à notre affection un de nos premiers maîtres, M. le Professeur Jaboulay, à la mémoire duquel nous adressons un respectueux souvenir.

INTRODUCTION

La cause intime de l'appendicite, nous l'ignorons encore, malgré tous les efforts des maîtres éminents, tant en France qu'à l'Etranger.

L'anatomie, la physiologie, l'histologie et la microbiologie normales et pathologiques nous laissent encore aux prises avec des hypothèses dont l'énumération nous semble inutile dans un modeste travail qui ne prétend qu'à mettre au point quelques difficultés du diagnostic dans une maladie qui, depuis peu de temps, est devenue presque populaire.

Nous voulons donc nous occuper principalement des faits cliniques, et nous renvoyons les esprits curieux à l'œuvre capitale et récente de nos maîtres qui vient de paraître.

FORMES CLINIQUES

Pour être méthodique, nous envisagerons :

1° L'appendicite chez le nourrisson et chez l'enfant au-dessous de deux ans;

2° L'appendicite dans la première enfance;

3° L'appendicite dans la seconde enfance.

Nous l'envisagerons dans ses deux formes principales :

a) l'appendicite aiguë,

b) l'appendicite chronique.

Appendicite aiguë chez le nourrisson et chez l'enfant au-dessous de deux ans.

D'après Stéphan, c'est une affection d'une très grande rareté pendant les deux premières années de la vie, et Mayet rapporte avoir relevé les tables de diagnostic faites par la nécropsie dans les divers hôpitaux de Lyon : il n'a rencontré que deux fois sur plusieurs milliers de ces cas ayant trait à des nourrissons.

Nous verrons plus tard à quel point cette affirma-

tion correspond aux observations récentes et quelle est la cause plausible de sa rareté.

La forme le plus souvent observée à cet âge est celle de péritonite d'emblée.

SCHAEFER signale la marche foudroyante de la maladie chez les jeunes sujets et tient pour très rare une évolution de quelque durée.

GYR, de Lausanne, reconnaît l'existence de deux formes cliniques :

1° Appendicite perforante d'emblée aboutissant, sans symptômes préalables, à la création rapide d'une péritonite généralisée, septique ou purulente. Son évolution est rapide, son pronostic est presque fatalement désespéré, la seule chance de salut résidant en une intervention précoce dont les indications ont souvent été impossibles à établir.

2° Appendicite secondairement perforée après formation de barrière peri-appendiculaire. Cette seconde éventualité est encore, heureusement, assez fréquente.

L'évolution, plus lente que pour les formes précédentes, affecte des modalités variables selon les cas.

Selon notre maître, M. le docteur Vignard, les symptômes et le pronostic diffèrent essentiellement chez les nourrissons et chez les enfants au-dessus de deux ans.

Chez les premiers, la péritonite est extrêmement fréquente, la gangrène et la perforation de l'organe sont presque la règle.

Les défenses de l'organisme sont peu actives, et il semble que le péritoine assiste sans réaction à sa propre infection.

La situation élevée de l'appendice chez le nourrisson (ce qui tient à l'évolution même de l'organe) fait que nous ne rencontrons jamais des formes pelviennes ou iléo-pelviennes d'appendicite à cet âge (Stéphan).

OBSERVATION I

PORAK et DURANT (compte rendu Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, séance de 8 décembre 1902. In *Annales de Gynécologie*, 1903, p. 297).

*Appendicite et péritonite aiguë chez un nouveau-né
de 21 jours.*

L'enfant débute à présenter de l'infection ombilicale et des abcès sous-cutanés consécutifs à des piqûres de sérum. A l'autopsie on constate une péritonite généralisée.

Le maximum des lésions siégeait dans l'appendice, dont l'extrémité était nécrosée. Il s'agirait d'une infection par voie sanguine à porte d'entrée ombilicale avec localisation à l'appendice. Cet enfant a présenté pendant les deux jours qui ont précédé la mort, l'ascension brusque de poids déjà étudiée par Durant dès 1898.

OBSERVATION II

ALBRECHT (*Presse médicale*, 9 décembre 1905, n° 99, p. 798, obs. I).

Garçon d'un mois entre moribond à l'hôpital sans qu'on sache rien de son histoire.

A l'autopsie on trouve une péritonite purulente généralisée avec de nombreux abcès disséminés entre les anses intestinales dans les fosses iliaques, dans le Douglas.

Au centre d'un de ces abcès occupant la région iléo-cæcale on découvre un appendice relativement gros et long, adhérent à la paroi du cæcum et perforé à son extrémité. Le pus du colibacille et du streptocoque.

OBSERVATION III

GRIFFTH (*Archives of Pediatrics*, octobre 1901, p. 751).

Fille de 3 mois sans histoire pathologique antérieure.

Début par douleur et diarrhée. Puis à partir du lendemain, arrêt des matières, sauf un peu de sang. Un vomissement. Le quatrième jour collapsus, pouls rapide et facile, yeux excavés.

Temp. 38,7 à 40,5. Abdomen tendu, ballonné, palpation impossible, toucher rectal négatif. On porte le diagnostic d'occlusion intestinale et on administre de grands lavements qui ne ramènent qu'un peu de mucus et de matières rouges.

L'enfant n'est pas opérée : elle meurt le 5^e jour.

Autopsie : Péritonite généralisée à liquide louche et fausses membranes. Appendice rétréci à sa partie moyenne sans agent de constriction vraie. Sa moitié distale est rouge noirâtre mobile. Dans cette région, l'examen microscopique montre un processus chronique ancien et un processus aigu surajouté. Pas de corps étranger.

OBSERVATION IV

BETZ (*Memorabilien, Heilbronn*, 1870, XV, p. 118).

Garçon de 7 mois. Congestion pulmonaire à 5 mois. Début brusque par douleurs violentes sans localisation nette, ventre souple, non ballonné.

Le deuxième jour, vomissements, ventre chaud, ballonné. Pas de gaz par l'anus. Peu de matières malgré les lavements.

Les vomissements deviennent incessants et verdâtres, le ventre tendu. Pas de maximum douloureux à la pression. Diagnostic : ileus.

Mort le troisième jour.

Autopsie : Dans la région iléo-cæcale, exsudat inflammatoire récent. L'appendice adhérent aux anses de l'iléon est recouvert d'un exsudat fibrineux et présente une perforation de la grosseur d'une aiguille à tricoter.

OBSERVATION V

KIRMISSON (*Revue de Chirurgie*, 10 octobre 1906).

R... , Eugène, onze mois : aucun antécédent pathologique. Le début de l'affection actuelle remonte au 6 janvier 1906. L'enfant est allé à la selle ce jour-là, pour la dernière fois vers quatre heures de l'après-midi ; dans la soirée il était grognon, se plaignait, avait l'air de souffrir. Un vomissement alimentaire dans la nuit. Le lendemain matin le ventre était déjà augmenté de volume, les douleurs persistaient. Le surlendemain l'état s'aggravant, l'enfant est transporté à l'hôpital des Enfants-Malades ; depuis le début de l'affection il n'est pas allé à la selle et n'a pas non plus rendu des matières sanguinolentes par l'anus.

Examen (soixante heures environ après le début des accidents) :

Développement énorme du ventre entraînant un élargissement de la base du thorax. La peau de l'abdomen est tendue comme amincie. A sa surface on voit des veinosités bleuâtres. A gauche de l'ombilic, plaque rougeâtre de la dimension d'une pièce de un franc.

La palpation montre que le ventre est tendu, mais cette tension même ne permet pas la palpation profonde. La pression est douloureuse, et le maximum de la douleur semble être dans la fosse iliaque droite. Rien au toucher rectal.

L'état général paraît très gravement atteint, facies plombé, yeux encavés, langue blanche et sèche, malade dans la prostration. Temp. 39,2. Pouls 120, petit.

L'examen des orifices herniaires les montre absolument libres. Devant le développement énorme du ventre, l'absence complète de matières, le jeune âge du malade, la douleur et la submatité dans la fosse iliaque droite, le diagnostic reste très hésitant entre une appendicite et une invagination intestinale, Quel qu'il soit d'ailleurs, une intervention s'impose, et elle est pratiquée immédiatement.

Opération : Chloroformidation.

A peine le péritoine ouvert, on voit sortir de la sérosité puru-

lente d'odeur fécaloïde. L'appendice, très long, dépourvu d'adhérence et très friable, présente à sa partie moyenne une plaque de sphacèle. Au niveau de la plaque rouge signalée sur la partie latérale gauche de l'ombilic, on fait un débridement de la paroi ; il s'échappe de là aussi de la sérosité purulente. Décès le même jour, vers 5 heures du soir, après temp. de 40,2. L'autopsie n'a pu être faite.

Pièce : Appendice long de 6 à 7 centimètres, augmenté de volume, vascularisé, légèrement incurvé. A l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs, tache noirâtre à grand axe vertical, de un centimètre environ sur cinq millimètres et répondant à une portion renflée de l'appendice. L'examen de cette tache montre qu'il s'agit d'une perforation. Au niveau de cette perforation et sur le bord concave de l'appendice, se voient, de chaque côté du méso, deux autres perforations complètes aussi, mais beaucoup plus petites.

A côté des formes que nous venons de décrire et toujours chez les sujets en bas âge, il faut réserver une petite mention à l'appendicite herniaire ; elle est surtout et même exclusivement connue par les interventions pratiquées pour hernies étranglées, les seules qu'on opère à cette époque de la vie. Estor, dans un article des *Archives de Chirurgie* de 1902, sur les hernies étranglées des nourrissons, prétend que les hernies de l'appendice en représentent 5 pour 100.

OBSERVATION VI (très résumée).

BROCA (In thèse P. RENAULT. Paris, 1898).

Enfant de 18 jours. La hernie (inguinale droite) s'est produite deux jours avant l'étranglement. Pas de vomissements, plus de matière depuis vingt-quatre heures au dire de la mère. Cependant en pressant cette dernière de questions on lui fait reconnaître que

le matin même il y avait quelques matières dans le linge. Le scrotum est rouge, douloureux à la pression.

Dès les premières bouffées de chloroforme l'enfant rend des matières et des gaz par l'anus. Le collet du sac est très étroit, ne permettant pas la réduction de la portion herniée. Débridement, résection du méso dont on a fait la ligature en chaîne. Réduction très laborieuse du cæcum. Résection du sac. Guérison trois mois après, pas de récurrence.

OBSERVATION VII (résumée).

ESTOR (*Revue de Chirurgie*, 1902, 1^{er} semestre, obs. 11, p. 250).

F... Jean, âgé de 4 mois, est porté à l'hôpital le 22 juillet 1900. C'est un enfant très chétif. Les parents bien portants n'ont jamais eu de hernie. Ils ne peuvent indiquer la date d'apparition de la hernie de leur enfant. Ce dernier n'a jamais porté de bandage.

Nous trouvons une volumineuse tumeur inguino scrotale droite non transparente, douloureuse et irréductible. Vomissements alimentaires. Pas de selle depuis vingt-quatre heures. Le diagnostic de hernie étranglée nous paraissait évident ; nous intervenons immédiatement le 22 juillet, à 3 heures de l'après-midi. Anesthésie au chloroforme. Après ouverture de ce que l'on croit être le sac, il s'écoule des matières fécales. On ne tarde pas à s'apercevoir que le cæcum a été incisé. Suture immédiate de ce dernier par un surjet au catgut.

L'étranglement haut situé est très serré.

En débridant nous ouvrons un sac qui contient l'appendice et une anse grêle. L'appendice, vivement congestionné mais non adhérent, est réséqué. Réduction très pénible.

L'opération est terminée aussi vite que possible ; à plusieurs reprises le pouls n'était pas perçu.

Injection sous-cutanée de 300 grammes d'eau salée. Une heure après l'opération l'enfant est bien réveillé, mais le pouls est toujours faible et le malade succombe à 11 heures du soir.

SYMPTOMES

La symptomatologie est peu riche. Il n'y a généralement que peu de choses à conserver de l'interrogatoire. On ne peut rien apprendre de l'enfant qui ne parle pas, qui crie partout où on le touche, ni même des parents négligents ou affolés, ni même de l'entourage hospitalier.

Les petits enfants ne localisent pas la douleur appendiculaire : les uns crient et manifestent une violente colère ; d'autres veulent écarter quelque chose qui gêne leur abdomen, leur ombilic. Beaucoup plus âgés sont ceux qui se plaignent du ventre et montrent leur ombilic. La localisation précise de la douleur dans la fosse iliaque droite est tout à fait exceptionnelle.

L'absence de réaction générale, sur laquelle tous les auteurs appuient dans leur description, fait encore partie de la symptomatologie chez les enfants de cinq, six ans et au delà. Il est remarquable de voir combien, avec des lésions considérables, ils ont peu de ballonnement du ventre, peu de vomissements, presque pas d'agitation ; ils conservent longtemps une apparence satisfaisante et trompeuse. Puis souvent, en 24 ou 36 heures, la scène se modifie brusquement, et le dénouement se précipite.

La température a une importance diagnostique relative.

La dissociation du pouls et de la température est un phénomène fréquent chez l'enfant à presque tous les âges ; le cœur s'accélère dès qu'on s'approche pour l'examiner, et M. Vignard a souvent compté, après des cures radicales des hernies ou des appendicectomies à froid, 120 ou 130 au pouls, alors que l'état général était parfait.

A l'examen du sang on constate une anémie globulaire considérable, mais pas d'hyperleucocytose (Stéphan).

Etudions maintenant les renseignements fournis par le tube digestif. Ils sont au nombre de quatre :

- L'état de la langue ;
- Les vomissements ;
- Les matières ;
- Et les gaz.

Ici encore, nous constatons le peu de précision des renseignements fournis par les observations, sauf peut-être les vomissements et les matières (Stéphan, obs. III).

OBSERVATION VIII

BLUMER et SCHAW (*Archives of pediat.*, août 1901).

Garçon de 8 semaines, nourri avec des préparations diverses. Il présente successivement une ophtalmie gonococcique, du muguet, un abcès iléo-rectal.

La maladie actuelle débuta par de l'anarsarque et de la prostration. Temp. 37,8. Abdomen tendu non douloureux. Il existe des mouvements péristaltiques visibles. Urines normales. *Anémie globulaire* considérable. Pas d'hyperleucocytose.

Une selle contenant du pus, du mucus, des aliments non digérés. Mort dans le coma le troisième jour.

Autopsie : Adhérences entre le cæcum et l'anse sigmoïde. Au milieu des adhérences, abcès contenant 10 centimètres cubes de liquide brun chocolat. L'appendice baigne dans l'abcès par sa pointe complètement nécrosée.

La cavité péritonéale contient environ 50 centimètres cubes de liquide clair. Tuméfaction trouble du foie et des reins. Congestion des poumons. Œdème du cerveau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'examen bactériologique, fait quarante heures après la mort, montre du coli-bacille et quelques cocci.

OBSERVATION IX

GYR (L'appendicite chez les enfants en bas-âge. Thèse Lausanne, 1903, obs. IX)

Fille de 18 mois, allaitée au sein pendant six mois seulement. Soignée depuis l'âge de 15 mois pour un rachitisme très prononcé. Constipation opiniâtre. Dilatation d'estomac. Amaigrissement. Elle a eu deux pneumonies successives. A la fin de la deuxième pneumonie l'abdomen est tendu. On constate la stagnation des matières fécales formant une tumeur de la grosseur d'une mandarine dans le côlon ascendant. La malade est soignée avec des grands lavements. De temps en temps apparaissent des poussées fébriles avec ventre ballonné, péristaltisme, selles rares.

Un mois après, environ, on perçoit à la partie inférieure de la première tumeur persistante, une deuxième masse très douloureuse. Quelques jours après, la malade a de la fièvre et des vomissements.

Puis les vomissements cessent, la tumeur semble diminuer. Mais bientôt l'enfant succombe avec une température de 38° sans nouveaux symptômes. La maladie a évolué en deux mois.

A l'autopsie : Au-dessous du cæcum on trouve des adhérences péritonéales, limitant une collection purulente, fétide, grosse comme une noisette et qui semble en partie resorbée.

L'extrémité libre de l'appendice fait partie de l'abcès. L'organe est sectionné à 4 centimètres de son insertion.

SYMPTOMES — OBJECTIFS LOCAUX

Les petits signes de M^{me} Nageotte-Wilbouchewitch ; ce sont : la vigilance musculaire très légère à droite, mise en évidence par la palpation vibratoire superficielle ; c'est chez l'enfant qui crie, le point de Mac Burney recherché à la faveur de l'inspiration tandis qu'on le cherche pendant l'expiration chez l'enfant calme ; la rougeur subite de la face survenant à chaque pression à droite ; *la moindre mobilité du membre inférieur droit*, la langue propre accompagnant de soi-disant indigestion ; enfin les épreints.

OBSERVATION X

VEAU (Les difficultés du diagnostic de l'appendicite chez les petits enfants. Communication faite à la Société de Pédiatrie de Paris, séance du 13 janvier 1914, obs. IV).

Hélène K. I..., 2 ans. Mère bien portante, opérée d'appendicite il y a quatre ans.

Nourrie quelques semaines au sein, puis au biberon. Toujours bien portante. Les parents ont eu des lombrics dans leur jeunesse, une sœur en a expulsé un, il y a trois ans, elle-même en a eu un l'an dernier.

Il y a un mois, au retour d'un voyage en Suisse, l'enfant a perdu l'appétit presque subitement, mais elle se portait bien, jouant comme à l'ordinaire, fonctions digestives normales.

Le 14 novembre, elle fut prise pendant la nuit de violentes

douleurs, sans qu'il fût possible d'en préciser le siège. Elle se mit à crier, s'agita pendant toute la nuit ; pas de vomissements, un peu de diarrhée, pas de température. Rien n'attire l'attention sur l'abdomen.

Le 15 et le 16, l'enfant est encore grognon ; mais elle semble moins souffrir.

Le 17 novembre, elle se mit à souffrir de nouveau vers midi ; temp. 39°3. M^{me} Nageotte voit l'enfant à 3 heures et demie ; voici la note qu'elle m'a remise :

« L'enfant était dans son lit, ne criait pas ; je l'ai fait allonger sur une table pour l'examiner. Auscultation négative, aucune éruption, pupilles normalement mobiles, rien aux oreilles, pas d'angine.

« Le ventre était assez développé, la paroi souple, pas d'hyperesthésie et palpation facile. A gauche, je pénètre dans la fosse iliaque jusqu'à l'os. A droite, c'est impossible je déprime la paroi assez loin, mais sans aller au fond.

« La douleur est des plus nettes et bien localisée à la fosse iliaque droite, aussitôt que j'essaie d'appuyer un peu plus, la figure rougit brusquement et ce fait se répète à chaque tentative. Quand j'insiste, l'enfant fait des mouvements de défense sans crier, elle prend ma main pour l'écarter. *Le membre inférieur gauche seul fait des grands mouvements, le droit n'exécute que des mouvements de reptation quand je chatouille la plante du pied.* Toutes les articulations sont normales et les mouvements imprimés à la hanche sont absolument indolents ; elle finit par se fâcher et donne alors des coups de pied du côté gauche seul. Le réflex cutané abdominal est aboli à droite très nettement.

« Le pouls fort, bien frappé, n'a pas été compté. »

M^{me} Nageotte me fait appeler, en insistant pour que j'intervienne immédiatement.

Je vois l'enfant à 10 heures du soir avec M^{me} la doctoresse Kouindji.

Je n'ai pas une impression aussi défavorable que M^{me} Nageotte. Je trouve un enfant calme, un bon pouls, la température a baissé de deux dixièmes à 39,4. Pouls fort, très bien frappé à 120 ; pas de vomissements.

Le ventre est légèrement ballonné, mais se laisse très facilement palper. Certainement, il est plus dépressible à gauche qu'à droite, mais l'enfant n'a jamais manifesté de la douleur quand j'ai pressé même profondément dans la fosse iliaque droite.

Sans aucune hésitation, j'ai refusé l'intervention immédiate. C'était quelques jours après la communication que nous a faite ici mon ami Lesné, à propos de laquelle M. Marfan nous a raconté qu'on avait vu une magnifique éruption de rougeole le lendemain d'une intervention à chaud. Il me demandait si cette enfant ne couvait pas une fièvre éruptive.

Il ne niait pas que l'appendice fût touché, mais je croyais qu'il était possible qu'il y eût autre chose qu'une appendicite.

Pour m'en assurer, je prie les parents de conduire l'enfant le lendemain matin à l'hôpital des Enfants assistés.

La nuit a été bonne, l'enfant a dormi; elle a eu le matin une selle liquide. La température du matin est de 39,5.

Elle arrive à l'hôpital à neuf heures. Le tableau clinique s'est aggravé depuis la veille. Le facies est tiré, le ventre plus ballonné, la douleur est manifeste dans la fosse iliaque droite; elle se défend, mais néanmoins avec un peu d'insistance, on peut palper assez profondément sans que l'enfant crie. Il existe du liquide dans l'abdomen. Le pouls est à 150, fort, régulier.

M. Jalaguier décide l'intervention immédiate. Incision latérale de Mac-Burney, liquide séreux dans le péritoine, mais pas de pus. L'appendice est assez difficile à trouver, il remontait derrière l'iléon, ne semblait pas descendre dans le petit bassin. Le cæcum est rouge, quelques fausses membranes lâches.

Le méso renferme deux gros ganglions, l'un comme une petite cerise, l'autre comme une amande verte. Ablation facile de l'appendice qui est très long et un peu plus gros que d'ordinaire. Enfouissement normal. Suture sans drainage.

La surprise a commencé quand on a ouvert l'appendice.

Après incision longitudinale de la paroi, nous vîmes sortir d'abord les deux extrémités d'un lombric, puis le corps tout entier qui se redressa et s'étendit lentement. Ce ver mesurait 12 cm. 1/2.

En examinant de plus près la muqueuse appendiculaire, on a pu constater au niveau du point correspondant à la tête et à la queue, un piqueté hémorragique très intense.

De plus, la tête et la queue de l'ascaride étaient entourées d'un caillot sanguin fibrineux que vous pouvez voir sur la pièce et sur la photographie.

Cette pièce a été présentée par M. Jalaguier, à la Société de chirurgie, dans sa séance du 26 novembre 1913.

La température est restée au-dessus de 39° pendant quatre jours, puis elle est descendue assez brusquement.

L'enfant est sortie guérie le quatorzième jour. Depuis cette époque, elle s'est toujours bien portée.

Ajoutons encore le signe objectif, non précoce, du Dr Drachter dans la *Münchener medizinischen Wochenschrift* de 17 mars 1914, et qui consiste dans la manœuvre suivante. En saisissant d'une main l'avant-pied de l'enfant on percute avec l'autre le talon ; en cas de péritonite au début, l'enfant cherche à se défendre contre la douleur provoquée par cette percussion avec ses deux mains qu'il porte vers le bas-ventre.

DIAGNOSTIC

Nos maîtres : M. le professeur Bérard et le Dr Vignard, dans leur ouvrage sur l'appendicite, s'expriment de façon suivante :

« L'appendicite chez le nourrisson est effroyablement grave, diagnostiquée ou non, opérée ou abandonnée à elle-même, elle a donné jusqu'à présent à peu près cent pour cent de morts ; tandis que de 19 mois à 2 ans on a compté 5 morts contre 7 guérisons. Plus les malades sont jeunes, plus les formes de péritonite généralisée sont fréquentes.

« Malgré les statistiques si peu encourageantes, il est incontestable qu'un diagnostic et une intervention précocè auraient sauvé la vie à bien des nourrissons. Malheureusement rien n'est plus difficile que de se prononcer d'une façon ferme sur l'éclosion d'une péritonite chez un enfant qui a de la diarrhée, souffre du ventre et présente un peu de fièvre. Il serait illusoire de vouloir faire un exposé didactique des éléments du diagnostic. Il faut seulement se rappeler que l'appendicite existe chez les nourrissons, qu'elle est plus fréquente certainement chez eux qu'on ne le suppose, et qu'elle n'admet aucune temporisation, lorsqu'on a sinon la certitude, du moins de fortes raisons de croire à son éclosion. »

M^{me} Nageotte-Wilbouchervitch, elle aussi, tire la conclusion des observations apportées par M. Veau à la séance du 13 janvier 1914, de la Société de Pédiatrie de Paris, que l'on ne pense pas encore assez à l'appendicite en présence d'un tout jeune enfant malade et que l'on ne recherche pas les petits signes qui lui ont permis de soutenir fermement le diagnostic d'appendicite mis en doute par ses confrères dans tous les cas qu'elle leur a rapportés et confirmé par l'opération.

OBSERVATION XI

VEAU (Société de Pédiatrie de Paris, séance du 13 janvier 1914).

Georges K..., 17 mois. La mère a eu une maladie de Pott, guérie avec une forte gibbosité.

L'enfant a été élevé au sein jusqu'à 6 mois, puis, allaitement mixte au lait stérilisé. L'enfant a toujours eu une tendance à la constipation. Dents à 10 mois. Va très bien jusqu'en juillet 1913, où il eut de la diarrhée pendant cinq à six jours. Un jour, s'étrangle avec un objet que la mère n'a pas vu. Dans la nuit qui suit, vomissements, puis diarrhée (huit selles par jour), guérie au bout d'une quinzaine.

En août, va bien, apprend à marcher.

En septembre, la diarrhée reprend avec des alternatives d'amélioration, l'enfant perd sa bonne mine, pâlit, maigrit ; ni douleurs, ni vomissements.

M^{me} Nageotte voit l'enfant au commencement de novembre. « Je constate une douleur nette dans la fosse iliaque droite. A gauche, la main pénètre jusque dans la fosse iliaque ; à droite elle ne peut pénétrer aussi profondément. Quand on insiste, l'enfant saisit la main et rit d'une toute autre façon, l'enfant ne semble pas souffrir spontanément. Je fais le diagnostic d'appendicite. »

Nous voyons l'enfant à l'hôpital des Enfants assistés. Les symptômes sont si peu nets, que M. Jalaguier *n'ose pas d'emblée*

faire le diagnostic d'appendicite. La fosse iliaque est aussi dépressible que la fosse iliaque gauche. Pour trouver une différence, il faut mettre l'enfant debout et se plaçant derrière lui, on palpe alternativement ou presque simultanément les deux fosses iliaques, alors on constate une différence très minime. La fosse iliaque droite est un peu plus résistante que la gauche. Nous constatons encore un symptôme : l'enfant étant couché, si on palpe la fosse iliaque droite, on voit que la jambe correspondante exécute de petits mouvements, le pied se tortille ; rien de semblable à gauche. Si on insiste avec un peu de force, l'enfant se met à crier, il s'agite, *mais il immobilise sa jambe droite, la jambe gauche seule se défend.*

Ce symptôme nous a paru trop peu net pour qui d'emblée on propose l'intervention. L'enfant est mis à un régime sévère.

Il revient nous voir le 13 novembre, l'état n'est pas modifié. Il faut insister pour trouver un semblant de défense de la fosse iliaque. On constate les mêmes symptômes du côté des membres inférieurs.

Malgré des symptômes si atténués *devant l'insistance* de M^{me} Nageotte j'interviens le 18 novembre.

L'opération fut très facile. Incision latérale, l'appendice est amené sans peine. Pas de corps dur. Après section on constate la présence de deux calculs ; l'un du volume d'un noyau de datte, est mobile, l'occupe la partie moyenne ; la muqueuse à son contact est ecchymotique ; l'autre plus petit, est logé à la pointe, il est enchatonné, fixé par une tuméfaction notable de la muqueuse très ecchymotique.

L'enfant quitte l'hôpital le septième jour, complètement guéri. Les suites ont justifié l'insistance de M^{me} Nageotte. L'enfant a été transformé par l'opération. Très rapidement son facies a changé, ses joues sont devenues pleines et roses. Les malaises ont poussé sans incident. Les fonctions digestives se font normalement. L'appétit est excellent. Une seule fois, le 6 janvier, il a eu un vomissement provoqué par un repas trop copieux.

Appendicite aiguë chez l'enfant au-dessus de deux ans.

A partir de l'âge de deux ans, le nombre des appendicites chez l'enfant augmente rapidement, mais malgré tout, la maladie reste peu fréquente jusqu'à 5 ans. C'est vraiment à partir de cet âge jusqu'à 12 ans, qu'elle apparaît comme une redoutable affection et bien plus fréquente que chez l'adulte.

Les maladies infectieuses de la première enfance et aussi les infections intestinales préparent le terrain, dans l'appendice alors que les sécrétions, les contractions et les agents médicamenteux la chassent du tractus intestinal.

Blais mentionne aussi le traumatisme et les observations cliniques lui donnent raison.

OBSERVATION XII

(In thèse Boulanger. Paris, 1913. Obs. 37).

S... André, 2 ans et demie, amenée à l'hôpital au milieu de symptômes de péritonite. Opération d'urgence. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule en abondance du pus à odeur fécaloïde. Pas d'adhérences, le pus est libre dans la cavité péritonéale. L'appendice est libre, mais turgescant, gangrené et présente une perforation.

OBSERVATION XIII

BÉRARD et VIGNARD (L'appendicite, 1914).

D... Jean-Louis, 9 ans, entré à la Charité, le 27 mai 1903, pour une péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

D'une santé excellente l'enfant était tombé, 3 semaines aupa-

ravant, sur le ventre, de la hauteur d'une table sur laquelle il était monté.

Quelques malaises pendant la journée et le lendemain. Le troisième jour, après un vomissement, apparaissent des douleurs peu vives mais diffuses dans l'abdomen qui se ballonne ; état peu inquiétant ; pendant 15 jours l'enfant reste au lit mais non à la diète, il est constipé on lui administre des lavements et des laxatifs. *Une accalmie trompeuse* se produit alors durant trois jours puis, brusquement, apparaissent des signes de péritonite généralisée. On l'apporte à l'hôpital. Le tympanisme est considérable, les vomissements très abondants à l'entrée, sont couleur marc de café délayé. Pouls à 120, température vespérale 39,1. Le toucher rectal décèle une collection énorme qui refoule l'ampoule.

Etat général très inquiétant. Dans la soirée la laparatomie médiane qui donne issue à un pus grisâtre, fétide, avec beaucoup de gaz. Pas de cloisonnement ; pus jusque sous le colon transverse. Contre-ouverture rectale et drainage abdominal, lavage du péritoine au sérum, injection de sérum. Le surlendemain, parotidite double ; la température s'élève progressivement pour atteindre 41,5, quelques heures avant la mort survenue le sixième jour après l'intervention, malgré plusieurs injections de collargol. A l'autopsie l'appendice se trouve perforé, presque détaché vers sa base, mais dans un tel état de sphacèle, qu'on ne peut apprécier utilement ses lésions. Pus dans tout l'abdomen, jusque sous le diaphragme.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Barillet, dans sa thèse (Paris 1907) a attiré l'attention sur quelques erreurs plus spéciales à cet âge.

Ce sont d'abord toutes les coliques si communes chez les enfants.

a) Coliques venteuses des nourrissons, éclatant après un repas, avec des cris, des contorsions, de la contraction plus ou moins marquée de la paroi abdominale, parfois de phénomènes vaso-moteurs du côté de la face (sudation, pâleur, etc.). Heureusement, la crise cède d'ordinaire aussi brusquement qu'elle a éclaté : une selle, quelques gaz émis par la bouche ou l'anus et tout rentre dans l'ordre.

Même, quand elles se reproduisent, ces coliques ne provoquent qu'exceptionnellement une élévation de température. Dans leur intervalle, le ventre est souple et indolore, et l'état général du bébé tout à fait rassurant.

b) Pendant la première enfance, les gastro-entérites par intoxication alimentaire, les diarrhées estivales graves peuvent simuler l'appendicite avec diarrhée et réciproquement, chaque été l'on fait passer d'urgence de médecine en chirurgie, dans les hôpitaux d'enfants, de prétendues diarrhées cholériformes qui évoluent vers

la péritonite appendiculaire généralisée. Ce n'est guère que sur la prédominance des phénomènes douloureux et de l'hyperthermie que l'hypothèse d'appendicite sera appuyée, tandis que les diarrhées graves donnent rapidement de l'abattement et du refroidissement général ou périphérique.

c) Dans la seconde enfance, les coliques liées à la vulgaire indigestion sont parfois plus troublantes. On les appelle parfois coliques du nouvel an, car c'est à la suite d'une ingestion immodérée et trop souvent répétée de friandises que de telles indigestions se produisent.

Pendant un ou deux jours déjà, l'enfant a été mal en train, grognant, la langue sale, l'haleine forte, capricieux dans son humeur et dans son appétit. Puis progressivement, ou tout à coup, souvent vers dix ou onze heures du soir, pendant la période digestive, la douleur se manifeste parfois aiguë, angoissante, péri-ombilicale surtout avec des sueurs froides, des vomissements, un ballonnement plus ou moins marqué. Dans les familles où l'on a l'obsession de l'appendicite, c'est à elle que l'on songe tout d'abord, et non sans apparence de raison. Cette confusion n'a rien que de très heureux d'ailleurs si elle fait établir d'emblée le traitement rationnel de la crise appendiculaire aiguë, c'est-à-dire le repos au lit et la diète hydrique qui conviennent également à ce type d'indigestion et qui font d'ordinaire céder les accidents dans les 24 heures, ou du soir au lendemain.

La situation est plus angoissante quand de telles indigestions s'accompagnent d'élévation thermique durable et évoluent vers l'embarras gastrique fébrile avec une

persistance des nausées, des douleurs abdominales diffuses ou péri-ombilicales, de la constipation ou au contraire de la diarrhée fétide. Fièvre typhoïde, appendicite, telles sont les deux questions que l'on se pose sans arriver à grouper les éléments d'une réponse précise. Là encore, on donnera au plus tôt le traitement symptomatique qui convient en toute hypothèse, diète, lit, glace sur le ventre. Puis, pour dépister l'appendicite, on renouvelle, toutes les trois heures s'il le faut, l'examen de l'abdomen, le palper aidé du toucher rectal ; on appréciera la fréquence relative du pouls et de la température, on se tiendra prêt à intervenir en se rappelant que s'il s'agit d'une appendicite gangréneuse, à cet âge la perforation est particulièrement précoce et le pronostic sombre.

d) A toutes les périodes de l'enfance, ce symptôme d'embarras gastrique avec fièvre et douleurs péri-ombilicales vives peut relever de l'helminthiase (Raillet, Guiat, Garin.)

Les lombrics forment même parfois des amas dans le segment iléo-cæcal qui pourraient en inspirer pour un plastron appendiculaire, s'ils n'étaient pas constatés d'ordinaire très précocement dès le premier, ou du deuxième jour des accidents aigus.

Metchnikoff, Blanchard, Guiart, n'hésitèrent jamais à prescrire en cas de doute un vermifuge associé d'un purgatif.

Les chirurgiens, par contre, veulent rester fidèles, jusqu'à nouvel ordre, au repos de l'intestin et aux applications locales tant que les signes appendiculaires domineront la scène (Vignard, Walter, Jalaguier). L'occlu-

sion intestinale compte aussi parmi les erreurs les plus fréquentes. M. le Professeur Bérard et le Docteur Vignard en ont observé de nombreux cas dont un par diverticule de Meckel, publié dans le *Lyon Médical* de 1907. Mais l'absence de la fièvre au plus fort des symptômes a permis à ces auteurs de mettre l'appendice hors de cause.

La confusion est plus facile lorsque le diverticule de Meckel s'est enflammé pour son propre compte, ou bien lorsque c'est l'appendice qui fait office d'agent d'occlusion.

Dans l'invagination l'accident décisif a été d'ordinaire précédé de crises frustes d'obstruction ; il est annoncé ou accompagné par des selles diarrhéiques muco-sanguinolentes, parfois franchement sanglantes, et quand on palpe l'abdomen, il est rare que l'on ne sente pas le boudin iléo-cæcal déjà volumineux plus ou moins élevé vers le foie, mais mobile et peu douloureux.

Quand il s'agit de l'invagination de l'appendice dans le cæcum tous les signes physiques peuvent manquer et les troubles se bornent à ceux de la colique appendiculaire.

L'observation suivante de Cooper est des plus typiques.

OBSERVATION XIV (Cooper)

Garçon de 10 ans, se plaignant de crises abdominales répétées avec vomissements. Température normale, pouls : 90, un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite, mais ventre souple et sans tuméfaction. Cependant, lors d'une récurrence des douleurs, pouls à 120 et température 38°. En raison de ces symptômes, Cooper conseilla l'opération. Il existait une légère distention de

la fosse iliaque, mais on ne peut sentir de tumeur. En examinant le cæcum, on sentit, à son intérieur, une masse de la grosseur du pouce; on ouvrit le cæcum et on découvrit un appendice gangrené, complètement invaginé. Ablation d'un appendice après ligature à la base, suture du cæcum par des points à la Lembert. Drainage. La température remonte le lendemain à 39° et le pouls fut rapide. Puis le malade entra en convalescence.

e) La péritonite à pneumocoque sera souvent très difficile à différencier, du moins au début. Souvent, à la période d'état, le ventre reste souple dans la péritonite à pneumocoque, qui tend ensuite à s'enkister dans la région sous ombilicale, tandis que le plastron appendiculaire est plutôt iliaque droit. La durée, sans aggravation notable de l'état péritonéal, est en faveur du pneumocoque, qui peut, d'ailleurs aussi provoquer l'appendicite.

f) *Pneumonie.*

En 1903, Garreau avait pu réunir, dans sa thèse de Paris, 13 observations de pneumonie, soumises à l'intervention chirurgicale avec le diagnostic d'appendicite. Benneke a publié, en 1909, plusieurs cas analogues recueillis à la clinique médicale d'Iéna. Chez 7 de ces malades, les signes de la pneumonie avaient été masqués complètement par ceux de la réaction péri-appendiculaire. Chez 14 autres, une pneumonie classique par ailleurs avait débuté par des douleurs iliaques ou péri-ombilicales. Pourtant, chez la plupart de ces malades, on avait noté un frisson initial, une brusque élévation de température à 40 et 41°, dès le premier jour, ce qu'on ne voit presque jamais chez les appendiculaires.

OBSERVATION XV

BÉRARD ET VIGNARD (L'appendicite, 1914).

Sourd et muet, 12 ans, pris brusquement le soir de frissons, de fièvre et de vomissements, avec douleur dans la fosse iliaque droite, température : 39,5, pouls : 120. Le lendemain, oppression, fièvre plus élevée, ballonnement du ventre, aucun signe à l'examen du thorax. On soupçonne cependant l'existence d'une pneumonie de la base droite, avec point de côté abdominal; glace sur le ventre. Le lendemain, souffle tubaire sous l'omoplate du côté droit, même signes abdominaux que la veille, mais état général plus grave, avec tendance au collapsus. Le toucher rectal fait constater l'existence d'une masse pelvienne haute à droite. A l'opération, péritonite suppurée par perforation appendiculaire. Mort.

A l'autopsie, d'une part, péritonite suppurée récente, de l'autre, pneumonie de la moitié inférieure du poumon droit.

Notre maître, M. le professeur Weill, dans son magnifique Précis de maladies des enfants (édition 1910), indique, sur un signe très précoce et presque pathognomonique, de la pneumonie chez l'enfant : c'est le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade.

Les râles, la submatité, l'opacité en triangle (Weill), s'amendent plus tard.

Depuis plusieurs années, le professeur Weill a attiré l'attention sur les poussées aiguës de coliques vésiculaires, que prépare de plus ou moins longue main la cholécystite latente des jeunes sujets. Il s'agit d'enfants appartenant à des familles cholériques ou arthritiques, qui ont des digestions paresseuses, avec pesanteur dans l'hypochondre droit, et qui, de temps à autre,

accusent des douleurs brusques à ce niveau. Rarement, la vésicule est perceptible, mais c'est sur elle que la pression du doigt éveille les réactions douloureuses, à l'angle des fausses côtes et du bord externe du grand droit, dont la portion supérieure est parfois seule contracturée.

Parfois aussi, on note du subictère, un point scapulaire droit, outre la localisation très haute du point douloureux, l'absence de fièvre et d'accélération du pouls, la rareté du tympanisme, le souvenir d'accidents antérieurs semblables, mettront hors de cause l'appendicite.

Toutefois il faudra être très prudent dans l'affirmation de crises hépatiques, ou vésiculaires, même avec ictère, et si le point douloureux iliaque existe, ne pas hésiter à incriminer l'appendice.

g) La péritonite tuberculeuse a fait commettre aussi bien des erreurs, surtout quand il s'agit d'une poussée aiguë granulique sur le péritoine de la région iléo-cæcale, avec vomissements, fièvres, réaction douloureuse intense, très souvent la *laparotomie* ne fait que précipiter le dénouement (SOTTY, thèse de Lyon, 1901) ; mais même sous une forme moins aiguë, la péritonite tuberculeuse est souvent difficile à dépister.

La péritonite à gonocoque des petites filles, consécutive à la vulvite, doit toujours être soupçonnée, et l'écoulement vulvaire recherché ; elle guérit presque toujours seule, bien que Maucclair, à la Société de Pédiatrie de 1908, ait déclaré sept cas mortels. L'intervention sanglante serait, d'après Broca, toujours contre-indiquée. Le pronostic est tout à fait sombre dans une

variété de péritonite par salpingite suppurée, également chez les petites filles et les vierges, péritonite signalée par Ridet, en 1906.

h) L'entéro-colite muco-membraneuse aiguë ou l'entérite aiguë ont rarement l'aspect appendiculaire.

Dans leur rapport au XIII^e Congrès de médecine, 8 octobre 1912, sur les coliques aiguës de l'enfant, MM. Hutinel, Nobécourt font remarquer que quelquefois la douleur prédomine ou se localise dans la fosse iliaque droite et fait penser à l'appendicite. Mais la plupart du temps on constate qu'il y a eu des évacuations glaireuses et sanguinolentes. Il n'y a pas de contractions, pas d'hyperesthésie cutanée.

Nous signalerons seulement la fièvre typhoïde et la méningite que l'on peut croire imminentes en raison des réactions nerveuses que présentent souvent les enfants au début d'une crise (V. obs. XVII).

Nous n'avons pas la prétention d'avoir passé en revue toutes les causes d'erreurs possibles qui varient d'ailleurs avec l'expérience clinique de chacun.

Ce que nous voudrions bien fixer, c'est que lorsqu'un enfant se plaint violemment du ventre, souffre au lieu d'élection, vomit et présente de la température plus de 24 heures, il faut soupçonner toujours l'appendicite. Si l'on hésite, le doute doit bénéficier à cette dernière et habituellement à l'intervention, sauf quelques péritonites à gonocoque. Il est peu de maladies qu'elle puisse aggraver à cette période, et elle peut sauver bien des appendiculaires méconnus ou reconnus trop tard.

APPENDICITE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT

Tous les facteurs de l'appendicite aiguë sont *a fortiori* ceux de la forme chronique qui est généralement la première en date.

Le tableau symptomatique de l'appendicite chronique est des plus complexes et des plus variables. Tantôt la maladie latente se traduit sur la physionomie de l'enfant qui laisse à désirer ; tantôt elle n'entraîne aucune altération des traits et coexiste avec une mine florissante.

Ce qu'il faut mettre au premier plan, c'est l'ensemble des troubles digestifs qui, bien étudiés, bien pesés, suffisent le plus souvent, pour conduire au diagnostic.

L'enfant a peu ou pas d'appétit. Quelques enfants ont un appétit exagéré, mangent gloutonnement et trop vite. Presque tous digèrent péniblement, sont gonflés après les repas, et ont de la dyspepsie flatulente et des signes de dilatation de l'estomac. Il faut se défier de la dyspepsie chez les enfants et penser, de parti pris, à l'appendicite.

Avec cet état dyspepsique coïncide, presque toujours la constipation. Il convient de souligner ce symptôme, dont la constance et l'intensité sont frappantes.

Certains enfants, par exception, ont de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée et de constipation.

On a noté, chez plusieurs d'entre eux, un état saburral de la langue avec fétidité de l'haleine, principalement le matin.

OBSERVATION XVI

BÉRARD ET VIGNARD (Appendicite, 1914).

X..., 6 ans et 1/2, belle santé, bonne et saine alimentation. Malgré cela, à l'âge de 6 ans, un peu d'amaigrissement, puis intervalles, fatigues inexplicables, pâleurs du visage, traits contractés. Deux ou trois fois, ces maux sont suivis d'une évacuation intestinale d'apparence normale, après quoi tout rentre dans l'ordre, sauf que les forces ne redeviennent pas ce qu'elles étaient avant tous ces petits accidents.

Je n'avais cru qu'à des troubles d'origine intestinale vulgaire, lorsqu'une crise beaucoup plus nette, bien que légère, survenue le 11 janvier 1903, nous fit porter, à M. Hutinel et à moi, le diagnostic ferme d'appendicite. Elle dura 4 jours, après quoi l'enfant parut retrouver son état antérieur, sauf qu'il se plaignait toujours d'être fatigué, et, après de toutes petites promenades, des douleurs dans la cuisse droite qu'il *traînait*.

Après deux mois de cet état, les parents acceptèrent une intervention chirurgicale.

L'appendice mesurait 14 centimètres de long; il était grêle, fortement vasculaire et présentait à sa partie inférieure, légèrement tuméfiée, plusieurs petites indurations, indice manifeste d'une folliculite assez intense. Guérison. L'enfant a aujourd'hui une excellente santé.

Tous ces troubles digestifs sont vagues, mals définis, d'une interprétation difficile, on les considère comme des symptômes d'indigestion banale. Rien, en eux, ne fait penser à la crise appendiculaire (Comby).

Par contre, les vomissements paroxystiques ou

cycliques ont bien ce caractère de crise qui manquait aux phénomènes précédents (Comby).

Mais si Comby et avec lui Broca ont soutenu que les vomissements périodiques n'étaient que l'expression d'une appendicite latente, Marion, Hutinel, Richardière, par contre, ont publié des observations d'enfants, chez lesquels l'appendicé enlevé était sain, et d'autres chez lesquels les vomissements n'ont été modifiés en rien par l'appendicéctomie.

La circulation est souvent troublée : pâleur et rougeur de la face, froid aux extrémités, palpitations, essoufflement, dyspnée d'effort. On pense à une maladie de cœur, mais l'auscultation est négative. Rien non plus aux poumons, quoique certains enfants, vu leur maigre et leur pâleur, aient été pris pour des phtisiques. On est d'autant plus porté à soupçonner la tuberculose, que ces enfants toussent souvent, ayant des végétations adénoïdes, de la pharyngite granuleuse.

Quelques malades sont nettement anémiques et présentent un souffle continu, avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

D'autres enfants offrent aussi un arrêt de développement notable, ils ne grandissent pas, ne se fortifient pas, semblent au-dessous de leur âge.

On les opère, la croissance repart, et l'enfant se transforme rapidement.

La forme nerveuse de l'appendicite chronique est plus fréquente chez l'adulte, mais n'est pas inconnue chez les grands enfants (garçons et filles.)

OBSERVATION XVII.

BÉRARD ET VIGNARD (Appendicite, 1914)

Forme pseudo-méningitique.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une petite fille de 7 ans, que nous avions suivie depuis sa toute petite enfance.

Elle avait eu, à l'âge de 2 ans, une broncho-pneumonie grip-pale, une rougeole discrète 3 ans plus tard, et ces deux affections avaient conservé une adénopathie trachéo-bronchique très marquée.

En juillet 1908, elle présenta des troubles digestifs vagues, accompagnés de maux de tête et de constipation, sans fièvre, qui résistèrent longtemps au repos et à l'hygiène alimentaire la plus sévère. A l'automne 1909, l'enfant commença à perdre l'appétit, à maigrir, à se déclarer de suite fatiguée; puis apparurent des vomissements spontanés, faciles, sans efforts, survenant après le premier déjeuner du matin et dans l'après-midi. L'examen de l'enfant permettait d'apprécier sa maigreur, étendue au ventre nettement excavé.

Le pouls, ralenti, battait 50 à 60 par minute, avec des intermittences fréquentes, marquées d'extrasystoles perceptibles à l'auscultation.

Les pupilles étaient irrégulières et inégales, les réflexes pupillaires paresseux.

La température centrale peu élevée, 37°8, 38°. L'enfant se plaignait continuellement de la tête.

L'ensemble de ces phénomènes était d'autant plus impressionnant qu'un des frères de la petite malade était mort de méningite tuberculeuse 6 années auparavant.

Poursuivant un examen complet, nous trouvâmes une défense musculaire profonde, très nettement limitée à la fosse iliaque droite, accompagnée d'une douleur légère à la pression dans la région de Mac-Burney.

Dès lors, nous fûmes convaincu que nous avions affaire à une appendicite chronique à symptômes nerveux. L'avenir nous

donna raison. Sous l'influence du traitement classique, les symptômes s'amendèrent mais ne disparurent qu'après l'ablation de l'appendice, pratiquée en janvier 1910.

L'appendice, farci de foyers hémorragiques, était histologiquement fort malade. L'enfant va, depuis, parfaitement bien.

Même on peut dire de la douleur épigastrique d'origine appendiculaire, qui n'est autre qu'une sensation douloureuse que le malade localise en un point situé entre la pointe de l'appendice xyphoïde et l'ombilic et qu'il a tendance à rapporter à l'estomac.

Cette douleur épigastrique doit être considérée comme un phénomène réflexe provoqué dans le domaine du nerf vague, par une irritation aiguë ou chronique, inflammatoire ou mécanique de terminaison nerveuse de l'appendice (Sante-Solieri, dans la *Revue de Chirurgie*, avril 1913).

Malheureusement les localisations douloureuses chez l'enfant sont encore moins précoces que chez l'adulte, et on pourrait même dire avec Guinon que c'est une loi de psychologie générale infantile : le jeune enfant ne *localise pas*, s'il essaie de le faire, pour obéir aux questions du médecin ou aux suggestions de sa mère, il le fait mal.

Presque jamais l'enfant ne désigne de lui-même la fosse iliaque droite parce que celle-ci, lorsqu'elle est douloureuse, ne le montre qu'à l'occasion d'une exploration systématique. Encore cette recherche doit-elle être conduite avec beaucoup de tact, et même de ruse, pour ne pas éveiller la défiance de l'enfant. Il faut commencer par palper doucement à gauche, puis par la ligne médiane, pour arriver progressivement et sour-

noisement au lieu d'élection, si la main palpant la région cæco-appendiculaire, sans que l'enfant soit prévenu, réveille une douleur qui lui fait faire une grimace ou à plus forte raison lui arrache un cri, le diagnostic peut être considéré comme certain, sous réserves, bien entendu, d'une péritonite bacillaire, ou des lésions de même nature du segment iléo-cæcal infiniment plus rares que l'appendicite, et se traduisent ordinairement par des signes physiques plus nets.

Dans les cas les plus embarrassants, l'enfant surpris dès le début par quelque manœuvre un peu brutale, crie et se plaint partout ; il faut remettre l'examen à plus tard, sous peine d'être à peu près sûrement induit en erreur. Dans le cas inverse, il ne se plaint nulle part, et il faut pousser son exploration plus à fond. On sentira parfois alors une résistance profonde comme une bride un peu dure allongée obliquement, sur laquelle la pulpe des doigts subit un ressaut qui provoque souvent une légère douleur. On ne peut pas affirmer qu'il s'agisse là de l'appendice ; huit fois sur dix ce n'est pas lui, mais c'est au moins la marque d'un processus inflammatoire chronique qui fixe les hésitations (Vignard).

L'appendicite chronique se retrouve presque toujours dans les antécédents d'un malade en crise aiguë et en insistant un peu sur l'interrogatoire des parents, souvent ils se rappelleraient certains de ces symptômes auxquels ils n'attachaient aucune importance.

Il nous reste encore à parler de l'appendicite claudicante simulant la coxalgie.

Dans la *Revue Médicale* du 11 octobre 1913, Rochard

et Stern commencent leur article intitulé : Appendicite claudicante ou coxopathie ?... comme suit :

« On ne le répétera jamais assez : la plupart des médecins, aujourd'hui encore, connaissent mal l'appendicite chronique, du moins, n'y pensent pas assez souvent, quelque surprenante que puisse paraître pareille affirmation à une époque où l'appendicite est une des maladies le plus à la mode et après les nombreux travaux de Brun, de Walter, de Jalaguier, de Comby et tant d'autres.

« Car, comment nous expliquer autrement, le fait que des médecins les plus distingués aient pu considérer et traiter, comme atteints d'une affection de la hanche, des malades qui n'avaient qu'une appendicite larvée ? L'histoire de trois malades que nous avons récemment observés est des plus instructives ; ils avaient été soignés soit pour une hanche à ressort, soit pour une coxalgie ! »

Voici une de leurs observations :

OBSERVATION XVIII

ROCHARD et STERN (*Presse Médicale*, 11 octobre 1913).

Observation I. M^{me} Claire C... 19, ans infirmière, fut portée le 5 mars 1910 à l'hôpital Saint-Louis, salle Desnonvilliers, avec prière de lui appliquer un grand appareil plâtré sur le membre inférieur droit. Le médecin du service où la jeune infirmière était employée avait diagnostiqué une coxalgie droite et venait de la maintenir au lit avec, sur le membre supposé malade, un *appareil à extension continue de Tillaux, pendant vingt et un jours.*

Ce traitement, que complétaient d'ailleurs la suralimentation, la viande crue et la méthode recalçifiante de Ferrier, n'avait diminué en rien les troubles douloureux. C'est en décembre 1904 que la malade avait commencé à souffrir dans l'aîne droite, d'abord après

une marche un peu prolongée (ses jours de sortie), puis après une station dépassant quelques heures, enfin d'une façon permanente. Examinée debout on constatait que le pied droit ne reposait sur le sol que par la pointe ; couchée, la jambe était légèrement fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin ; la faisait-on marcher, la malade boitait. Un phénomène important nous frappa de suite : si l'extension complète de la cuisse sur le bassin était douloureuse et incomplète, la flexion, par contre, était absolument libre et n'entraînait aucunement le bassin. Dès lors, l'idée d'une pseudo-doxalgie s'imposa à l'esprit et cette idée fut vite confirmée par la recherche négative des autres signes cardinaux de l'arthrite tuberculeuse de la hanche. Nous éliminâmes la pseudo-coxalgie hystérique, vu l'absence de tout stigmate de névrose, et nous pansâmes à l'appendicite.

Interrogée pourtant, la malade nous *affirma n'avoir jamais souffert du ventre*, mais elle nous parla de son manque d'appétit, de ses digestions difficiles (pesanteurs à l'épigastre après les repas, renvois acides, bâillement), de ses alternatives de constipation et de diarrhée. Elle se rappela avoir eu jadis quelques embarras gastriques. Elle était maigre, le teint fatigué, les yeux jaunâtres. Nous explorâmes la fosse iliaque droite, et la malade fut toute surprise de la douleur qu'elle y ressentit.

En réexaminant la jeune femme avec nous, le chef du service de médecine reconnut le même diagnostic que nous. Mais l'opération fut, jusqu'à un certain point, décevante : aucune adhérence, appendicelibre se laissant enlever avec la plus embarrassante facilité et ne présentant une fois ouverte, qu'un très léger pointillé de folliculite hémorragique. Si bien que nous aurions pu douter de l'exactitude du diagnostic, n'étaient les résultats post-opératoires.

Or, ces résultats furent absolument parfaits. Levée le seizième jour après l'opération, la malade ne boitait plus. Et aujourd'hui, trois ans après, nous l'avons retrouvée, exerçant toujours sa profession d'infirmière, engraisée, jouissant d'un état général enviable, de digestions excellentes et ayant déjà oublié qu'elle avait été une « boîteuse ».

Voilà donc une malade chez laquelle l'inflammation de l'appendice ne s'était jamais traduite par une crise aiguë, n'avait jamais provoqué de douleurs abdominales et ne s'était manifestée cliniquement que par deux symptômes aussi patents que peu communs : une douleur spontanée que les malades situaient dans la hanche droite et une *claudication* intermittente, surtout nette après la fatigue.

OBSERVATION XIX

BÉRARD et VIGNARD (L'appendicite, 1914).

Un jeune garçon de 12 à 13 ans, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de coxalgie et qui arriva de fait à la consultation en boitant et un peu courbé en deux.

Etendu sur la table d'examen, il présentait de l'ensellure lombaire, de la flexion de la cuisse, avec un peu de rotation externe et une limitation considérable des mouvements de la hanche.

Dans la fosse iliaque droite on sentait une masse rénitente, douloureuse et qui paraissait intrapéritonéale.

L'interrogation des parents révélait que le début de l'affection, remontant à trois semaines à peine, avait été marquée par de la fièvre, des vomissements et des douleurs abdominales. Le diagnostic d'appendicite subaiguë et mal refroidie fut vérifié par la disparition progressive du plastron sous l'influence du repos, de la diète, de la glace, et par l'ablation à froid d'un appendice malade.

On voit combien diverses peuvent être les allures de l'appendicite chronique chez l'enfant, et combien le diagnostic peut en être épineux. Mais lorsque les demi-teintes du tableau clinique ne varient pas, il faut beaucoup de perspicacité pour affirmer et de ténacité pour faire admettre le diagnostic d'appendicite chronique et

les conséquences qui en découlent. D'après les considérations qui précèdent, il sera nécessaire, avant de se prononcer, d'éliminer les simples indigestions, les troubles intestinaux, dus à une hernie (surtout ombilicale), certaines variétés de vomissements acétonémiques, les coliques vésiculaires, la péritonite tuberculeuse, l'helminthiase, la coxalgie ou une ostéite du bassin, la typhlo-colite muco-membraneuse.

Il faudra rechercher avec soin les réactions douloureuses et classiques et se rappeler que, de toutes les affections abdominales de l'enfance, l'appendicite est de beaucoup la plus fréquente et la moins semblable à elle-même.

TRAITEMENT

De nos jours, médecins et chirurgiens (sauf peut-être les biologistes, Metchnikoff, Blanchard et notre maître M. le professeur Guitart) sont d'accord que le seul traitement rationnel de l'appendicite chez l'enfant est le traitement chirurgical.

Même le professeur Albert Robin (1) fait les restrictions suivantes :

« Je commence par éliminer les appendicites qui surviennent *chez les enfants*, parce que je manque d'une

(1) ALBERT ROBIN. — Le traitement médical de l'appendicite. *Bulletin Médical* 1907, n° 9.

insuffisante expérience personnelle. J'élimine ainsi les appendicites infectieuses, consécutives à la grippe, à la scarlatines, à la fièvre typhoïde, les appendicites traumatiques, enfin celles qui sont dues à la présence des corps étrangers dans l'appareil vermiforme. Ces variétés d'appendicites ont une tendance marquée à la suppuration et relèvent le plus souvent de la chirurgie. »

Il est des *soins* médicaux indispensables dans toutes les formes d'appendicite. Ces soins immédiats consistent dans le repos, la diète absolue, les applications de glace, en y ajoutant de l'opium et la belladone, ou la piquûre de morphine si l'élément douleur l'exige. Il faut d'ailleurs user très peu de ces médicaments stupéfiant chez l'enfant, car ils risquent de masquer des réactions importantes à noter au point de vue du traitement chirurgical.

Jusqu'à plus ample informé, la purgation pendant la crise aiguë confirmée restent une pratique dangereuse ; elle ne peut être employée avec utilité, en effet, que si le médecin possède, sur la nature, l'origine et le pronostic du cas à traiter, des données, qui en réalité lui manquent.

Si l'on doute, s'abstenir, et comme l'on doute presque toujours, ne jamais avoir recours à la purgation est plus sage que de l'administrer au petit bonheur ; tous les chirurgiens d'hôpitaux sont à peu près unanimes à reconnaître les méfaits d'une telle pratique, et pour la condamner comme elle l'avait déjà été à la Société de Chirurgie de Berlin en 1908 et au Congrès de Budapest en 1909 par Körte, Rotter, Karewsky, etc...

Dès qu'il a institué ces premiers soins, et sans perdre

de temps, le médecin doit faire appel au concours du chirurgien, dont l'intervention peut devenir urgente en quelques heures, parce qu'au début d'une crise aiguë d'appendice, il est impossible de prévoir quelle en sera l'évolution.

Sans vouloir faire l'histoire de grandes polémiques et discussions ardentes entre interventionnistes et abstentionnistes en France et à l'Etranger, nous nous permettons seulement de jeter un regard rétrospectif sur quelques points de cette lutte.

Ce sont les grands maîtres de l'école lyonnaise : Poncet et Jaboulay, qui ont été les premiers en France à préconiser le traitement chirurgical précoce de la crise appendiculaire. Dès 1891, ils apportaient 16 observations personnelles à la Société des médecins de Lyon et s'exprimaient ainsi : « En considérant les dangers et les aléas de l'expectation, la durée et les accidents de la maladie abandonnée à elle-même, on est autorisé à dire qu'il faut être interventionniste et surtout *interventionniste hâtif*.

Poncet et Jaboulay revenaient sur ces idées et les développaient, avec 28 observations à l'appui, dans un article de la *Revue de Chirurgie* d'octobre 1892. La même année, paraissait à Lyon la thèse de Lasserre.

Poncet y disait qu'en présence d'une appendicite aiguë, *il faut intervenir dans les 30 premières heures et d'autant plus que le diagnostic et le pronostic manquant inévitablement de précision, cette incertitude laisse la porte ouverte à toutes les éventualités.*

Poncet revenait encore sur cette manière de voir,

lorsqu'en 1894, à l'Académie de Médecine, il s'exprimait en ces termes :

En présence de l'incertitude de pronostic, même dans les cas qui paraissent les plus simples, je suis partisan de l'intervention précoce. »

Ce plaidoyer de Poncet et Jaboulay n'eut pas le succès qu'il méritait. Ce fut seulement en 1897, 6 ans après leur communication initiale, que Dieulafoy vint, à cette même tribune de l'Académie, plaider la cause de l'intervention précoce.

« Le traitement médical de l'appendicite, s'écriait-il, est nul ou insuffisant; le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun. »

Il est certain qu'aucun chirurgien ne se résignerait à opérer à chaud si toutes les appendicites pouvaient être refroidies; mais il s'en faut qu'il en soit ainsi. Bien plus, dans les 48 premières heures d'une crise véritable, il n'y a aucun signe qui permet d'affirmer quelle sera son évolution, et si le chirurgien n'engage pas lourdement sa responsabilité en escomptant un refroidissement malgré tout. On a vu les accidents bénins au début aboutir dans les trois jours à la péritonite généralisée, et, par contre, des attaques d'apparence grave avec hyperthermie à 39°,5 et 40° céder à 24 heures de repos au lit, à la diète et à la glace; c'est ce qui ressort de la discussion de la Société de Médecine berlinoise du 10 juillet 1906.

A cette heure subsistent seules *deux objections* contre l'appendicectomie précoce : la première a trait aux

erreurs du diagnostic auxquelles la crise aiguë peut donner lieu. Le diagnostic est souvent difficile, surtout chez l'enfant, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut. Mais dans notre temps d'*asepsie rigoureuse*, mieux vaut être interventionniste qu'abstentionniste.

Il nous semble que le danger pour un petit malade est plutôt dans l'abstention vis-à-vis d'une appendicite déclarée que dans le fait d'ouvrir aseptiquement le ventre en cas de doute. La pratique journalière en donne de beaux exemples.

Une autre objection, fort réelle celle-ci, fait à l'opération précoce, réside dans cette constatation que les *malades se présentent le plus souvent trop tard* à l'opérateur ; mais c'est là une nouvelle raison pour demander que les médecins plus avertis confient plus tôt leurs malades au chirurgien.

Il est un dernier argument malheureusement beaucoup plus grave, en apparence : l'intervention exige le transfert du malade dans un centre chirurgical.

Ceux qui connaissent les gens de la campagne de près savent bien à quel point les pauvres préfèrent négliger leur santé et celle de leurs enfants plutôt que de manquer leurs travaux ou de faire des frais et des démarches, quelquefois bien difficiles pour eux.

Le médecin le plus averti risquera le plus souvent de ne pas être entendu et écouté à temps. Ceci est évidemment un argument d'ordre social, mais qui n'en a pas moins son importance.

STATISTIQUE

Jusqu'à ces dernières années, les arguments pour ou contre l'intervention précoce dans l'appendicite avaient été surtout théoriques, et c'est à peine si quelques chirurgiens plus audacieux ou plus favorisés par les circonstances avaient apporté quelques cas, trop rares pour pouvoir fixer l'opinion dessus, dans un sens ou dans l'autre.

Actuellement, nous possédons des documents suffisants pour étayer un jugement. Des statistiques nombreuses ont été publiées, surtout par les chirurgiens allemands et américains qui, disposant de services très vastes, ont pu, en peu d'années, rassembler un nombre imposant de cas opérés, non pas tous par le même chirurgien, mais sous sa direction et sous l'impulsion d'une conduite thérapeutique bien définie.

Nous reproduisons ici ces chiffres plus éloquents et plus démonstratifs par eux-mêmes que les raisonnements en apparence les mieux fondés.

1° Gray et Mitchell (et séries of cases of appendicitis in children, dans le *British medical Journal* du 21 février 1914).

Les deux docteurs présentent 200 cas d'appendicite chez

l'enfant au dessous de 13 ans, dont 126 étaient admis à l'hôpital et opérés à l'état aigu.

Appendicite chronique et récidive	74
Cas aigus (126) :	
Appendicite catarrhale aiguë.....	28
— — — avec abcès pelv.....	1
— — — — périt. diff.....	2
Cas aigus gangreneux	10
— — — avec périt. local.....	10
— — — — diff. ou génér....	35
— avec gangrène et abcès multip.....	7
— — — — local. pas adhr.....	24
— — — — adhr.....	6
Appendicite compliquée par obstruction intestinale (catarrhale 1, gang. 1, avec abcès 1).	3
	<u>200</u>

La mortalité dans ces cas aigus était de 19 à 15 %, y compris une mort sous anesthésie.

Dans les cas chroniques et récidives, pas de morts.

De son côté notre maître M. Vignard a opéré dans les 36 heures qui ont suivi le début *véritable* de l'infection une quinzaine d'enfants, avec deux morts dues l'une à une septicémie développée dans la paroi abdominale infectée par les liquides péritonéaux et l'autre très probablement à une lésion hépatique provoquée par l'anesthésie au chloroforme qui doit être proscrite absolument chez l'enfant.

BURGESS, sur 500 cas (*Journal de Chirurgie*, 1912), a eu les résultats suivants :

DATE DE L'OPÉRATION	CAS	MORTS	POURCENTAGE
Moins de 24 heures.....	66	2	3,03 %
24 à 48 heures.....	78	3	3,08 %
3 ^e jour.....	96	4	6,2 %
4 ^e jour.....	55	5	9,9 %
5 ^e jour.....	46	9	19,05 %
6 ^e jour.....	21	5	23,08 %
7 ^e jour.....	21	2	9,05 %
2 ^e semaine.....	77	6	7,7 %
3 ^e semaine et au delà.....	44	2	5 %
	<u>500</u>	<u>40</u>	<u>8 %</u>

La mortalité opératoire va croissant jusqu'au 6^e jour.

SCHNITZLER (*in. journ. de Chirurgie*, février 1910) publié 825 appendicectomies à chaud. Sur ce nombre :

153 ont été opérées dans les 24 premières heures, avec une mortalité de 4,6 pour 100 ;

291 ont été opérées de 24 à 48 heures, avec une mortalité de 7,5 pour 100 ;

381 n'ont pu être opérées qu'au delà de 48 heures, et ont donné une mortalité de 17 pour 100.

Aussi démonstrative est la statistique de BAR, *Münsterlingen* (*Journal de Chirurgie*, 1908) :

Sur 82 opérations précoces, 4,7 pour 100 de mortalité ;

Sur 58 opérations du 3 au 5^e jour, 13,8 pour 100 de mortalité ;

Sur 77 opérations après le 5^e jour, 15,5 pour 100 de mortalité.

HRTMANN rapporte :

9 cas opérés dans les 12 premières heures avec 9 guérisons ;

11 — — — 24 — — 11 —

13 — — — 36 — — 11 —

22 — — — 48 — — 20 —

13 cas opérés au 3^e jour, 11 guérisons

12 — — 4^e jour, 3 —

Il conclut : précocité de l'intervention et guérison vont ensemble.

Enfin voici la statistique de WALTTER :

STATISTIQUE DE LA PITIÉ, 1901 A 1913

a) De 1901 à 1908 :

555 opérations avec 13 morts, soit 2,34 pour 100, sur lesquelles 244 pour appendicites aiguës opérées à chaud ou à froid après la crise.

C'est à cette cathégorie qu'appartiennent les 13 morts, donc pour les aiguës 5,32 pour 100 de mortalité.

b) De 1908 à 1913.

933 opérations avec 11 morts, soit 1,17 pour 100, dont 269 crises aiguës opérées à chaud ou après refroidissement, avec 9 morts, soit 3,33 pour 100.

e) Total : 1.488 cas avec 24 morts, soit 1,68 pour 100 et pour

les aiguës 513 cas avec 4,28 pour 100 de mortalité (à noter l'abaissement de la mortalité dans la 2^e période de 2,34 pour 100 à 1,17 pour 100. Et pour les aiguës seulement de 5,32 pour 100 à 3,33 pour 100.

Statistique de VILLE de 1899 à 1913 citée dans le rapport de Budapest :

a) De 1901 à 1909.

325 opérations avec 7 morts, soit 1,33 pour 100, dont 175 appendicites aiguës opérées à chaud ou après refroidissement avec 7 morts, soit 4 pour 100.

c) Total : 1.305 avec 27 morts, soit 7,06 pour 100, dont 540 aiguës avec 24 morts, soit 4,44 pour 100. Même abaissement de la mortalité.

Total général: 2.793 opérations avec 51 morts, soit 1,86 pour 100, dont 1.053 pour appendicites aiguës opérées à chaud ou après refroidissement, avec 46 morts, soit 4,36 pour 100.

CONCLUSIONS

I. — M. le Professeur Bouchard, dans son traité de Pathologie générale, nous dit que la médecine ne peut être qu'étiologique. Malheureusement, l'étiologie de l'appendicite est trop complexe pour en éclairer le traitement.

Il nous reste seulement les faits cliniques et les statistiques.

II. — L'appendicite chez les nourrissons et dans la première enfance, souvent méconnue, non soupçonnée (toujours dans les campagnes), n'est pas aussi rare qu'on le croit.

III. — L'appendicite du nourrisson est une appendicite grave, ainsi qu'en témoigne l'état de l'appendice (presque toujours perforé ou gangrené), l'état du péritoine qu'est le siège d'une péritonite généralisée, soit péritonite purulente aiguë, soit péritonite putride avec liquide trouble.

Les formes de localisation sont très rares et ne se voient qu'après dix-huit mois.

IV. — Les maladies infectieuses se rencontrent plus fréquemment dans les antécédents des malades, particulièrement dans les 6 premiers mois.

V. — Les troubles gastro-intestinaux jouent un rôle important, mais non constant, dans la production d'appendicite. On le retrouvera surtout à l'origine des appendicites de la deuxième année.

VI. — L'appendicite du nourrisson débute soit brusquement, soit par des phénomènes gastro-intestinaux (Gyr). Dans l'un et l'autre cas, son évolution est extraordinairement rapide. Sans rémission, elle arrive de quelque sorte d'emblée à la péritonite généralisée et c'est d'autant plus vite que l'enfant est plus jeune.

VII. — Le diagnostic est extrêmement difficile, d'autant plus que souvent on ne songe pas à l'appendicite et qu'on le confond surtout avec des troubles intestinaux mécaniques ou inflammatoires.

Ce diagnostic doit être fait aussi précocement que possible.

VIII. — Chez les enfants plus âgés, le pronostic de l'appendicite est moins grave, le diagnostic moins épineux, mais cependant encore difficile. Il faut y songer chez tous les enfants qui ont présenté des troubles digestifs antérieurs et qu'en est pris brusquement des douleurs avec prédominance à droite à la pression avec vomissements et fièvre.

Si après 24 heures de traitement rigoureux avec diète, repos absolu, glace, etc., l'accès ne cède pas, il faut pratiquer une opération immédiate et enlever l'appendice.

VU :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU :
Le Président de la Thèse,
BÉRARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 juillet 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT. — Soc. Imp. méd. des méd. de Vienne, 27 nov. 1908;
Presse méd., 9 déc. 1905, n° 99, p. 798.
- AUMONT (Léon). — De l'app. cholériforme et de la diarrhée dans
l'app. Th., Paris, 1906.
- BAMBERG (Karl). — Ueber App. bei sanglingen. Inaugurale disser-
tation. Leipzig, 1905.
- BABINSKI, ENRIQUEZ (E.) et DURANT (G.). — Pseudo-coxalgie et app.
Bull. et Mém. Soc. méd. de Paris, 1913, 3, s., xxxvi, 191-
199.
- BARILLET. — Contrib. à l'étude de quelq. erreurs de diagnostic dans
l'app. chez l'enfant. Th., Paris, mars 1907.
- BETZ. — Memorabilien. Heibronn, 1870, p. 118.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'Appendicite (vient de paraître).
Beitr. z. Klin. Chir., 1914, 1-2, H.
- BLAIS. — Formes graves de l'appendicite chez l'enfant. Thèse de
Paris, 1906.
- BOULANGER. — L'appendicite dans la première enfance. Thèse de
Paris, 1913.
- BROWN (F.-R.). — Coxalgie and Chronic app. with adhesion. Mary-
land, M. J., Balt., 1913, evi, 27-30.
- BLUMER et SHAW. — *Arch. of Péd.*, août 1911, p. 593.
- BOGNARD (A.-H.). — App. in children, Long-Island, M. J., *Journal*
Brooklyn, 1909, III, p. 416-420.
- CHABOT. — Les perforations appendiculaires au cours de la première
enfance. Thèse de Bordeaux, 1914
- COMBY. — App. chr. chez les enfants. *Arch. de méd. des enfants*.
Paris, 1910, XIII, page 401-440.
- COOK (Marcel-Gustave). — Les accidents méningés au cours de l'ap-
penderie à forme septicémique. Nancy, 1912, 54 p. in-8.
- DENIS. — De l'app. herniaire. Th. Paris, 1905.
- DEPARPE. — Operation précoce de l'app. Th. Paris, 1910.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne.

- DOWD. — App. in children. *Arch. of. Péd. N. J.*, 1910, XXVII, pp. 226-232.
- DUPUY DE FRENELLE. — Le diagnostic de l'app. chron. précisé et confirmé par la radioscopie. *Paris Chir.*, 1913, pp. 7-14.
- DRACHTER. — *Münch. Mediz. Woch.*, 1914.
- DELBET (S.). — Traitement de l'app. aiguë. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1912, n. s. XXXIX, 958-972.
- ENRIQUEZ (E.) et GUTMANN (R.-A.). — La sciatique appendiculaire (appendicite claudicante). *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1913, 3. s. XXXV, 1238-1245.
- ESTOR. — La hernie étranglée chez le nourrisson. *Rev. de chir.*, 1902, pp. 249, 436, 721.
- FUMEY. — App. in children old Dominion. *M. J.*, Richmond, 1910, 1910, X, pp. 153-173.
- GORDON (M^{re}). — L'appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1896.
- GRIFFITH. — *Arch. of. Péd.*, oct. 1901, p. 751.
- GRONYAU-GONEW. — Des occlus. intest. append. Th. Paris, 1906.
- GYR. — Contrib. à l'étude clinique de l'app. chez les enfants en bas âge. Th. Lausanne, 1903.
- GELLBORN-WINSHORV. — Abdominal purpura and app. in children. *Northwest med. journ.*, 11 mars 1905, p. 483.
- GRANFELT. — Vomissements périodiques chez les enf. Th. Paris, 1904.
- GAUDIN. — App. chr. et point de Mac-Burney. *J. de méd. de Paris*, 1913, 2, s., XXV, 502.
- GRAY et MITCHEL. — *The British medical journal*, n° 2773, 21 février 1914, 200 cas d'app. in children.
- HOWLANDES. — Two cases of append. in young children. *Archives of ped.*, mai 1904, p. 354.
- KIRMISSON. — Précis de chirurg. inf.
- KIRMISSON et GUIMELLOT. — De l'app. chez le nourrisson. *Rev. de chir.*, 10 oct., 1906.
- KRECKE. — Ueber chron. app. *Münch med. Woch.*, 1913, ex, 572-577.
- LANCET. — La température et le pouls dans quelq. app. aig. Th. Paris, 1906.
- LEREBOULLET. — App. chr. et tuberc. chez l'enfant. *Ann. de méd. et chir. inf.* Paris, 1913, XVII, 147-154.
- LAFON (Jacques). — Des difficultés du diagnostic de l'app. chron., Paris, 1912, n° 183, 73 p. in-8.
- MELCHIOR. — Ueber familiäre Append. Verhandlung d. deutsch. Gesellsch. f. Chir., Berlin, 1912, XLII, 1 th., 237-243.

- MILLON. — Append. chez l'enfant de 19 mois. *Arch. de méd. des enf.*, mai 1899, p. 285.
- MAYER (L.). — Réflexions à propos du diagnostic différentiel de l'append. *Ann. et bull. Soc. roy. de sc. méd. et nat. de Brux.*, 1912, LXX, 414-427 et 1913, XVIII, 11-16.
- NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (M^{me}). — L'append. chez les tout petits. Opération chez l'enfant de 16 mois. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 1913, XV, 229-236.
- PERREAUX. — L'append. pelvienne infantile. Th. Bordeaux, 1905.
- PERRIN. — De l'app. dans le tout jeune âge. *J. de méd. de Paris*, nov. 1912.; *Bullet. et mém. de la Soc. méd. de l'Elysée*, 7 octobre 1912.
- RALLET. — Les vers intest. dans la pathologie infantile. Th. Paris, 1901.
- ROCHER. — De l'app. inf. à forme pelvienne et iléo-pelv. *Arch. génér. de méd.*, 1906, n^{os} 9 et 10.
- ROUX DE BRIGNOLES. — Traitement d'entérite grave par l'appendicostomie. *Marseille méd.*, I, 428-433.
- SAVARIAUD. — Le diagnostic précoce de l'append. aiguë chez l'enf. *Méd. inf.* Paris, 1913, X, 73-80.
- Pronostic et traitement de l'app. aig. au début de la crise. *Bull. Soc. de péd. de Paris*, 1910, XV, 219-222.
- SONNENBURG (Ed.). — Pathol. und therap. des peritiphilitis (Appendicitis). 7 Aufl., Leipzig, 1913, E. C. W. Vogel, 271 p., 1 pl. in-8.
- STÉPHAN. — L'appendicite chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1907.
- STOROZHENKO (V.-A.). — Symptol. of certains formes of append. *Med. Ob. Mosk.*, 1912, LXXVIII, 546-569.
- VEAU. — Difficulté de diagnostic de l'app. chez les tout jeunes enf. *Soc. de péd. de Paris*, 21 janv. 1914.
- WEILL. — Précis de maladies infantiles, Ed. 1910.
- VILLARD. — App. chez un enf. de 4 ans. *Mém. et Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1897, pp. 56-60.
- WEISS. — App. localisée chez un enf. de 3 ans. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1892, XXIV, pp. 641-646.
- ZIMMERMANN. — Zur diagnose der App. in Kinders Alster. *Arch. f. Kindert. Stuttg.*, 1909, pp. 107-123.

